

туберкулеза и ВИЧ-инфекции. II Международная научно-практическая конференция. Белоруссия. Гомель. 12-13 мая 2001. – С. 182 – 185.

10. Туберкулез в Україні (Аналітично-статистичний довідник за 2000-2010 роки). МОЗ України. Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2011. – 10с.

11. Фещенко Ю.И., Мельник В.М. Туберкулез и СПИД на Украине // Научные труды к 75-летию ведущего противотуберкулезного учреждения, г. Москва. – М. Медицина и жизнь, 2002. – С. 61-62.

12. Фролова О.П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: Клинико-морфологические и эпидемиологические аспекты/ Пробл. туб. – 2002. - №6. – С.30-33.

13. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing (WHO report 2006) Geneva: WHO, 2006.- 242 p.

### Резюме

Эпидемическая ситуация относительно туберкулеза, ассоциированного с ВИЧ-инфекцией, в Украине с каждым годом продолжает ухудшаться. За последние 10 лет заболеваемость активным туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ/СПИДом, выросла в 43,5 раз (с 0,2 случаев на 100 тыс. населения в 2000 году до 8,7 случаев на 100 тыс. населения в 2010 году). Показатель смертности за последние 6 лет увеличился в 3 раза (с 2,0 случаев на 100 тыс. населения в 2004 году до 6,0 на 100 тыс. населения в 2010 году) как результат реактивации латентной микобактериальной инфекции.

### Summary

#### Epidemic situation of tuberculosis associated with HIV-infection in Ukraine

The epidemiological situation regarding tuberculosis associated with HIV infection in Ukraine each year continues to deteriorate. Over the past 10 years, the incidence of active tuberculosis associated with HIV / AIDS has increased 43,5 times (from 0,2 cases per 100 thousand population in 2000 to 8,7 cases per 100 thousand population in 2010). The mortality rate for the last 6 years, increased 3-fold (from 2,0 cases per 100 thousand population in 2004 to 6,0 per 100 thousand population in 2010) as a result of reactivation of latent mycobacterial infection.

## DEPISTAREA TUBERCULOZEI LA COPII

*Valentina Vilc*

Catedra Pneumoftiziologie,  
USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Tuberculoza la copii este o problemă extrem de importantă a sănătății publice atât pe plan mondial, cât și în Republica Moldova, prin incidența mare și

prin complicațiile grave pe care le determină și nu în ultimul rând prin costurile sociale extrem de mari pe care le induce. Republica Moldova se plasează printre țările din Europa cu cea mai înaltă incidență prin tuberculoză. Incidența prin TB la copii în Republica Moldova, în cadrul intervalul de vârstă 0-14 ani, a fost în creștere de la 12,7 în anul 2001 până la 33,2 în 2004; din anul 2005 este în continuă descreștere: de la 32,2 în anul 2006, până la 30,8 în 2007 și 25,4 în 2008, raportat la o sută de mii de locuitori.

Răspândirea rapidă, diversitatea formelor de tuberculoză, creșterea numărului pacienților cu forme extrapulmonare și tabloul clinic șters, reacția individuală a organismului pacienților în această maladie sunt principalele probleme din ultimul timp de diagnosticare și în special depistare precoce a tuberculozei [2, 3, 5]. La momentul actual există 2 metode de depistare a tuberculozei: activă – examinarea profilactică a copiilor din grupele cu risc fizic sporit și cea pasivă – depistarea copiilor la adresare în instituțiile medicale de profil general cu simptome caracteristice tuberculozei [4]. În ultimii 10 ani aproape în toate țările predomină metoda pasivă.

Cunoașterea factorilor care influențează infecție TB la copii sunt importante pentru a evalua transmiterea infecției în comunitate și pentru a adapta activitățile de control a tuberculozei. Pe primul loc până în prezent rămâne factorul epidemiologic – contactul cu bolnavii cu forme active de tuberculoză. Adultul bolnav de tuberculoză constituie rezervorul care infectează marea majoritate a copiilor contaminați [6]. Una dintre principalele cauze ale bolii la copii este profilaxia necontrolată și ineficientă a tuberculozei în grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire TB [1, 6, 8].

Pentru a forma o concepție științifică a problemei depistării tuberculozei la copii la momentul actual este necesar un studiu asupra contingentelor depistați în ultimii ani. Este necesară analiza surselor și căilor de îmbolnăvire, influența factorilor sociali și biologici, rolul rețelei generale și medicului de familie în perioada de formare a unui sistem integrat de control și profilaxie a tuberculozei.

Astfel, scopul acestui studiu este determinarea factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii pentru optimizarea metodelor de depistare precoce și îmbunătățirea activităților de control al tuberculozei.

### Obiectivele.

1. Determinarea eficacității depistării precoce a tuberculozei la copii.
2. Evaluarea factorilor de risc ce duc la dezvoltarea tuberculozei la copii.

**Materiale și metode.** A fost efectuat un studiu epidemiologic descriptiv integral în funcție de: loc – mun. Chișinău; timp - în perioada aa. 1994 – 2008;

persoană - 788 copii în vârstă 0 – 14 ani depistați primar cu tuberculoză activă. Colectarea datelor: extragerea datelor din documentația medicală, datele statisticii oficiale, anchetarea. În dependență de metoda de depistare a tuberculozei pacienții au fost repartizați în 2 loturi: I lot – 594 copii depistați prin metoda activă (examinare profilactică) și al II lot – 194 copii depistați prin metoda pasivă (prin adresare cu simptome caracteristice a tuberculozei). Diagnosticul tuberculozei a fost confirmat prin testarea tuberculinică, investigații bacteriologice și radiologice. A fost utilizată analiza discriminantă pentru determinarea factorilor de risc ce duc la dezvoltarea tuberculozei la copii. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat prin metode de analiză variațională, cu recurgerea la programele speciale (Microsoft Excel 2002 for Windows, versiunea Română, și/sau SPSS for Windows, versiunea 13.0). Au fost determinate valorile medii aritmetice și erorile standarde ale mediilor aritmetice ( $M \pm m$ ). Pentru estimarea veridicității diferențelor valorilor medii dintre grupe s-a utilizat criteriul „t” Student. Au fost considerate concludente diferențele cu probabilitatea de peste 95% ( $p < 0,05$ ).

**Rezultate obținute.** Începând cu anul 1994 incidența tuberculozei la copii în municipiul Chișinău a avut o tendință bine conturată de creștere de la 9,6 ‰ în anul 1994, la 96,5 ‰ în 2004, iar din 2005 se evidențiază o tendință de stopare și de reducere a incidenței la copii de la 68,9 ‰ în anul 2005, la 33,2 ‰ în 2008 (Fig. 1).

În perioada aa. 1994 – 2008 în mun. Chișinău au fost înregistrați 788 copii în vârstă 0 – 14 ani, depistați primar cu tuberculoză activă. Prin metoda activă

(examinare profilactică) au fost depistați 594 copii și prin metoda pasivă (prin adresare cu simptome caracteristice a tuberculozei) – 194. S-a constatat, că din 594 copii depistați prin control profilactic la efectuarea probei Mantoux 2UT 267 (45,0%) au fost depistați la examinarea sistematică a contingentului din focarele de tuberculoză aflat la evidența ftiziologului; 223 (37,5%) – la examinarea primară a contactilor cu bolnavii de tuberculoză; 93 (15,7%) - la examinarea sistematică a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză și 11 (1,8%) copii prin tuberculinodiagnostica aplicată înainte de revaccinarea BCG.

În funcție de mediul de reședință majoritatea copiilor în ambele loturi au fost din zonele urbane, respectiv,  $76,1 \pm 4,8\%$  și  $88,7 \pm 7,1\%$  ( $p > 0,05$ ), iar din zonele rurale  $23,9 \pm 4,8\%$  și  $11,3 \pm 7,1\%$  ( $p > 0,05$ ). Băieții au suferit de tuberculoză mai des decât fetele. În lotul I și II băieții au fost, respectiv  $53,4 \pm 5,6\%$  și  $54,1 \pm 11,2\%$  ( $p > 0,05$ ), iar fetele  $46,6 \pm 5,6\%$  și  $45,9 \pm 11,2\%$  ( $p > 0,05$ ). În ambele loturi predominau copii organizați ( $61,4 \pm 6,6\%$  vs  $63,9 \pm 7,3\%$ ,  $p > 0,05$ ), care frecventau instituțiile preșcolare și școlare.

Cel mai mare număr de TB s-a înregistrat la copii cu vârsta cuprinsă între 7 – 14 ani și a fost aproape egală în ambele loturi ( $54,2 \pm 5,6\%$  vs  $54,1 \pm 11,2\%$ ,  $p > 0,05$ ). Deși diferența dintre loturi a fost statistic neveridică, în lotul II a fost aproape de 3 ori mai mulți copii în vârstă până la 1 an, decât în lotul I ( $3,28 \pm 2,0\%$  vs  $9,8 \pm 6,7\%$ ,  $p > 0,05$ ).

În structura formelor clinice în ambele loturi predomină tuberculoza primară, ponderea ei fiind veridic mai mare (de 1,4 ori) în lotul I ( $93,8 \pm 2,7\%$  vs  $63,9 \pm 10,8\%$ ,  $p < 0,01$ ). Tuberculoza secundară în lotul I și II au fost, respectiv  $3,3 \pm 2,0$  vs  $15,5 \pm 8,1\%$  ( $p > 0,05$ ).

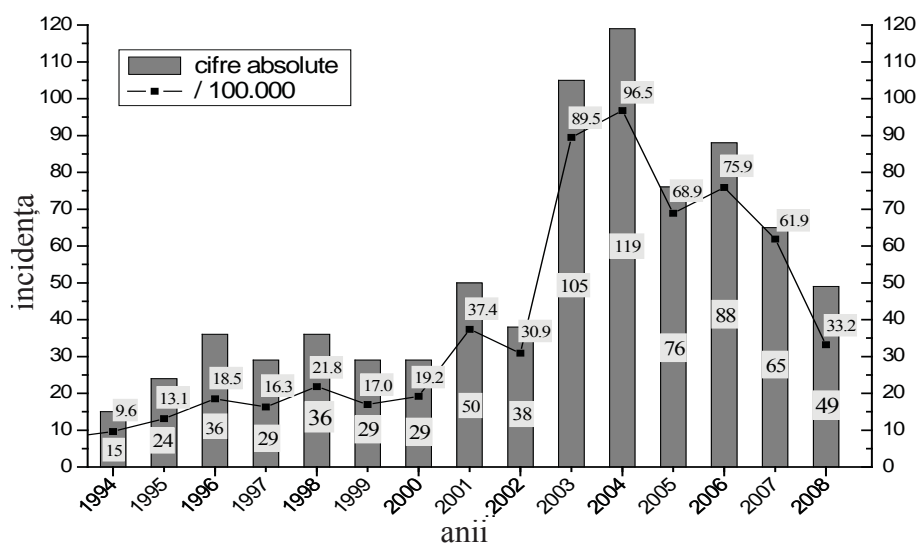


Figura 1. Incidența globală a tuberculozei la copii 0-14 ani în mun. Chisinau aa.1994-2008

Deşi diferenţa dintre loturi a tuberculozei extrarespiratorie a fost statistic neveridică, în al II lot au fost de 8,3 ori mai mulţi copii cu TB extrarespiratorie, decât în I lot ( $2,4 \pm 1,7\%$  versus  $20,1 \pm 9,0\%$ ,  $p > 0,05$ ). Am constatat predominarea statistic veridică a tuberculozei renale în I lot –  $82,4 \pm 4,3\%$  vs  $10,0 \pm 6,7\%$  ( $p < 0,001$ ). Aşa cazuri de tuberculoza extrarespiratorie ca: Pericardita TB (2,6%), TB oculară (23%), TB osteoarticulară (20,5%) şi TB ganglionilor limfatici periferici (43,6%) au fost depistate numai prin adresare. Este necesar de menţionat că toate cazurile de tuberculoză generalizată şi tuberculoză diseminată miliară au fost depistate la adresare după ajutorul medical. Formele avansate a tuberculozei cu complicaţii mai frecvent au fost depistate prin adresare  $33,5 \pm 7,2\%$  vizavi de  $13,1 \pm 4,6\%$  prin control profilactic,  $p < 0,05$ . Aproape de 2 ori mai des formele distructive au fost diagnosticate la copii depistaţi prin adresare  $13,8 \pm 5,2\%$  vizavi de  $7,7 \pm 3,6\%$  prin control profilactic,  $p > 0,05$ . Ponderea copiilor care eliminau BAAR a fost de 2 ori mare în lotul II –  $9,3 \pm 4,4\%$  vs  $4,5 \pm 2,8\%$  ( $p > 0,05$ ).

Aproape  $\frac{1}{2}$  de pacienţi din ambele loturi au avut diverse asociaţii morbide ( $48,5 \pm 5,1\%$  versus  $54,1 \pm 7,6\%$ ,  $p > 0,05$ ). Debutul acut a bolii semnificativ mai des s-a notat la copiii depistaţi prin adresare  $44,3 \pm 11,2\%$  comparativ cu copii depistaţi prin control profilactic  $4,0 \pm 2,2\%$  ( $p < 0,001$ ). De asemenea a fost statistic veridică diferenţa între lotul I şi II a debutului subacut: în I lot –  $26,8 \pm 5,0\%$  şi în lotul II corespunzător  $53,6 \pm 11,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Debutul insidios mai frecvent s-a notat la copii depistaţi prin control profilactic  $69,2 \pm 5,2\%$  ( $p < 0,001$ ).

S-a stabilit o diferenţă statistic veridică între lotul I şi II în privinţa duratei maladiei. La 474 ( $79,8 \pm 5,4\%$ ) copii depistaţi prin control profilactic TB a fost suspectată în prima vizită la medic, iar la copiii depistaţi prin adresare numai la 6 ( $3,1 \pm 2,6\%$ ),  $p < 0,001$ . La 38 ( $19,6 \pm 6,0\%$ ) copii depistaţi prin adresare maladia a evaluat până la 2 săptămâni ( $p < 0,05$ ), la 44 ( $22,7 \pm 6,4\%$ ) până la 1 lună ( $p < 0,05$ ), la 71 ( $36,6 \pm 7,3\%$ ) până la 3 luni ( $p < 0,001$ ), la 35 ( $18,0 \pm 5,8\%$ ) mai mult de 3 luni ( $p < 0,05$ ).

La o parte de copii din ambele loturi debutul bolii a evaluat sub forma diferitor „măşti” (pseudogripală, pseudobronşică, pseudopneumonică etc) a TB: în I lot la 223 ( $37,7 \pm 5,5\%$ ) şi în lotul II la 95 ( $49,0 \pm 11,2\%$ ) copii,  $p > 0,05$ . Tratament nespecific (antibacterial, simptomatic) până la stabilirea diagnosticului de tuberculoză semnificativ mai des au primit copii depistaţi prin adresare  $84,0 \pm 5,6\%$  comparativ cu copii depistaţi prin control profilactic  $9,8 \pm 4,0\%$  ( $p < 0,001$ ). Majoritatea copiilor depistaţi prin adresare au primit

tratament nespecific în condiţii de staţionar  $58,9 \pm 7,5\%$ , ( $p < 0,001$ ), iar copii depistaţi prin control profilactic în majoritatea cazurilor au primit tratament în condiţii de ambulatoriu –  $82,8 \pm 5,1\%$  ( $p < 0,001$ ). Ponderea copiilor, care au primit tratament nespecific până la 1 săptămână a fost de 2,8 ori mai mare în I lot  $44,8 \pm 6,7\%$ , comparativ cu copii depistaţi prin adresare  $16,0 \pm 5,6\%$  ( $p < 0,001$ ). Ponderea copiilor, care au urmat tratament nespecific până la 2 săptămâni a fost aproape egală în ambele loturi, corespunzător în I lot –  $44,8 \pm 6,7\%$ , în al II lot –  $47,2 \pm 7,6\%$  ( $p > 0,05$ ). Deşi diferenţa dintre loturi a fost statistic neveridică, în lotul II a fost de 5 ori mai mulţi copii, la care tratamentul nespecific a durat până la 3 săptămâni –  $8,6 \pm 4,3\%$  versus  $1,7 \pm 1,8\%$  ( $p > 0,05$ ). Am constatat predominarea statistic veridică a copiilor, care a primit tratament nespecific mai mult de 3 săptămâni în lotul II –  $28,2 \pm 6,8\%$  ( $p < 0,001$ ).

Se aflau sub supravegherea ftiziopneumologilor sau a medicilor de familie până la depistarea tuberculozei 238 ( $40,1 \pm 5,5\%$ ) copii depistaţi prin control profilactic şi numai 37 ( $19,1 \pm 8,8\%$ ) copii depistaţi prin adresare ( $p < 0,05$ ), diferenţa fiind statistic veridică. Majoritatea copiilor, care se aflau la evidenţa medicilor ftiziopneumologilor sau a medicilor de familie erau în contact cu bolnavi de TB  $93,7 \pm 2,7\%$  în I lot şi  $94,6 \pm 5,1\%$  în II lot,  $p > 0,05$ . Ponderea copiilor care a primit chimioprofilaxia neregulat a fost egală în ambele loturi  $24,4 \pm 4,9\%$  în I lot şi  $24,3 \pm 9,6\%$ ,  $p > 0,05$ ; care au primit chimioprofilaxia regulat  $29,8 \pm 5,2\%$  în I lot şi  $29,7 \pm 10,3\%$ ,  $p > 0,05$ ; la  $45,8 \pm 5,6\%$  copii din I lot şi la  $45,9 \pm 11,2\%$  copii din al II lot chimioprofilaxia nu s-a efectuat,  $p > 0,05$ .

Au fost vaccinaţi BCG la maternitate 583 ( $98,1 \pm 1,8\%$ ) copii depistaţi prin control profilactic şi 188 ( $96,9 \pm 2,6\%$ ) copii depistaţi prin adresare, ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor la care nu s-a format sau era mai mic de 4 mm cicatriciu BCG a fost aproape egală  $21,1 \pm 5,5\%$  în I lot şi  $21,3 \pm 6,2\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ). Au fost revaccinaţi BCG la vârsta de 6-7 ani  $16,3 \pm 5,0\%$  copii din I lot şi  $23,2 \pm 6,4\%$  copii din al II lot, ( $p > 0,05$ ). Revaccinaţi BCG la vârsta de 14-15 ani au fost câte 1 copil din fiecare lot.

La majoritatea copiilor din ambele loturi s-a depistat contact cu bolnavi de tuberculoză pulmonară activă corespunzător  $82,5 \pm 5,1\%$  în I lot şi  $85,6 \pm 5,3\%$  în al II lot ( $p > 0,05$ ), impactul tuberculos n-a fost stabilit la  $17,5 \pm 5,1\%$  vs  $14,4 \pm 5,3\%$  ( $p > 0,05$ ). Printre maturii bolnavi contacti cu copiii, care s-au îmbolnăvit de tuberculoză în ambele loturi au fost baciliferi  $68,4 \pm 6,3\%$  în I lot şi  $68,8 \pm 7,0\%$  în al II lot ( $p > 0,05$ ) şi numai  $27,8 \pm 6,1\%$  în I lot şi  $28,0 \pm 6,8\%$  în al II lot ( $p > 0,05$ ) nu eliminau BAAR. Ponderea pacienţilor maturi cu TB MDR, care au survenit ca



sursa de infecție pentru copii a fost aproape egală în ambele loturi  $3,8 \pm 2,6\%$  în I lot și  $3,2 \pm 2,7\%$  în al II lot ( $p > 0,05$ ).

Contact cu un bolnav de tuberculoză avansată a fost înregistrat aproape egal în ambele loturi  $81,2 \pm 5,3\%$  în I lot și  $86,1 \pm 5,2\%$  în al II lot ( $p > 0,05$ ). Contact cu 2 bolnavi de tuberculoză s-a depistat la  $16,3 \pm 5,0\%$  copii din I lot și  $12,7 \pm 5,0\%$  din al II lot ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor, care au fost în contact cu 3 bolnavi de tuberculoză a fost de 2 ori mai mare în I lot -  $2,4 \pm 2,1\%$  comparativ cu al II lot -  $1,2 \pm 1,7\%$ , ( $p > 0,05$ ).

De regulă ca sursa de infecție pentru copii erau părinții - mama și tata, aproximativ în proporții egale; mai rar - bunelul, bunica și alte rude, vecinii. Contact cu mama s-a depistat corespunzător  $28,3 \pm 6,1\%$  în I lot și  $23,6 \pm 6,4\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ). Contact cu tata s-a înregistrat  $26,0 \pm 5,9\%$  în I lot și  $22,3 \pm 6,3\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ). În ambele loturi au fost depistați copii din focarele de deces TB  $12,7 \pm 4,5\%$  în I lot și  $13,4 \pm 5,2\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor, care au avut contact în instituțiile școlare și instituțiile preșcolare a fost de 2 ori mai mare la copii depistați prin control profilactic  $3,3 \pm 2,4\%$  vs  $1,3 \pm 1,7\%$  ( $p > 0,05$ ).

S-a constatat predominarea statistic veridică a copiilor, care se aflau la evidență la medicul ftiziopneumolog ca contact cu bolnavi de tuberculoză în I lot  $54,5 \pm 6,7\%$  comparativ cu al II lot  $21,1 \pm 6,2\%$  ( $p < 0,001$ ). Au fost depistați la examinarea primară a contactilor cu bolnavii de tuberculoză  $45,5 \pm 6,7\%$  copii din I lot. La o mare parte de copii  $78,9 \pm 6,2\%$  din lotul II, contact cu bolnav de tuberculoza s-a depistat numai după adresarea copilului după ajutor medical.

Statul social a părinților, care în majoritatea cazurilor au survenit sursa de infecție a fost diferit. De regulă nu lucrau după specialitate, efectuau lucru necalificat. La majoritatea copiilor din ambele loturi părinții nu erau încadrați în câmpul muncii: mamele la  $72,4 \pm 6,0\%$  din I lot și la  $65,5 \pm 7,2\%$  copii din lotul II, ( $p > 0,05$ ), iar tații la  $63,3 \pm 6,5\%$  din I lot și la  $4,6 \pm 4,7\%$  copii din lotul II, ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor la care părinții făceau abuz de alcool a fost aproape egală în ambele loturi, mamele - corespunzător  $2,2 \pm 1,7\%$  și  $2,1 \pm 3,2\%$ , ( $p > 0,05$ ), și tații -  $6,7 \pm 3,4\%$  și  $6,5 \pm 3,7\%$ , ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor la care au decedat unul din părinți a fost de 2 ori mai mare la copii depistați prin control profilactic: tata la  $7,5 \pm 3,6\%$  vs  $3,5 \pm 2,8\%$  ( $p > 0,05$ ), iar mama  $6,4 \pm 2,8\%$  vs  $2,6 \pm 3,6\%$  ( $p > 0,05$ ). La 5 copii depistați prin control profilactic au decedat de tuberculoză ambii părinți și mama și tata.

Părinții au fost divorțați la  $3,4 \pm 2,4\%$  copii depistați prin control profilactic și la  $5,2 \pm 3,4\%$  copii depistați prin adresare, ( $p > 0,05$ ). Copii abandonati

de tata au fost  $5,4 \pm 3,1\%$  în I lot și  $2,9 \pm 2,6\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ), iar de mama  $6,1 \pm 2,7\%$  în I lot și  $4,6 \pm 4,7\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ). Mame solitare au avut aproape egal copii din ambele loturi  $12,6 \pm 4,5\%$  și  $12,4 \pm 5,0\%$ , ( $p > 0,05$ ) La 14 ( $2,7 \pm 2,2\%$ ) copii depistați prin control profilactic tații se aflau în penitenciar, iar la copii depistați prin adresare numai 2 ( $1,2 \pm 1,6\%$ ,  $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor la care tata se afla în migrațiune a fost aproape egală în ambele loturi  $1,3 \pm 1,6\%$  și  $1,2 \pm 1,6\%$ , ( $p > 0,05$ ). Ponderea copiilor la care mama se afla în migrațiune a fost de 2 ori mai mare la copii depistați prin control profilactic  $2,5 \pm 1,8\%$  vs  $1,5 \pm 2,8\%$ , ( $p > 0,05$ ). O familie (mama cu 2 copii) se ocupa cu cerșitul, toți trei erau bolnavi de tuberculoza activă.

Se aflau la casa de copii  $4,2 \pm 2,3\%$  copii din I lot și  $3,6 \pm 4,2\%$  din lotul II, ( $p > 0,05$ ). Deși diferența dintre loturi a fost statistic neveridică, în I lot a fost de 4 ori mai mulți de copii care se aflau la școli-interne  $6,1 \pm 2,7\%$  vs  $1,5 \pm 2,8\%$ , ( $p > 0,05$ ).

Condiții nesatisfăcătoare de trai au fost la  $56,9 \pm 6,7\%$  copii din I lot și  $39,2 \pm 7,4\%$  din lotul II, ( $p > 0,05$ ). La 1 copil diagnosticul de TB a fost stabilit postmortem.

În rezultatul analizei discriminante a factorilor de risc a tuberculozei la copii în mun. Chișinău a fost stabilită ierarhizarea acestor factori (Tabelul 1). Analiza a arătat că cei mai mari coeficienți de corelație canonică au factorii de risc după cum urmează: contact cu bolnavi TB, condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, maladii concomitente, chimioprofilaxia neregulată, familii incomplete, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, focar de deces TB, părinții care fac abuz de alcool.

Tabelul 1

**Ierarhizarea factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii**

Factorul de risc	Coeficientul corelației canonice	Ierarhizarea
Contact cu bolnavi TB	0.674	1
Condiții de trai nesatisfăcătoare	0.587	2
Neefectuarea chimioprofilaxiei	0.582	3
Maladii concomitente	0.577	4
Chimioprofilaxia neregulată	0.469	5
Familii incomplete	0.456	6
Nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG	0.431	7
Focar de deces	0.326	8

Părinții ce fac abuz de alcool	0.272	9
Școala-internat	0.217	10
Casa de copii	0.198	11

Analiza efectuată a elucidat că aflarea în diferite centre de plasament și școli-interne nu reprezintă factori de risc major în apariția și dezvoltarea tuberculozei la copii (tab. 1).

**Discuții.** Rezultatele studiului efectuat a demonstrat că, predomină metoda activă de depistare a TB la copii – control profilactic în 75,4% cazuri și anume examinarea contactilor cu bolnavi TB (82,5%). Prin adresare se depistează în primul rând bolnavii cu clinică manifestă și cu forme avansate a bolii complicate cu meningită, distrucție, diseminație, pleurezie -  $33,5 \pm 7,2\%$  ( $p < 0,05$ ), ce ne vorbește despre depistarea tardivă. Cele mai grave forme, TB generalizată și TB diseminată miliară, care la 2 copii s-au sfârșit cu deces s-au depistat la adresare după ajutorul medical. TB extrapulmonară, care frecvent evaluează sub „măștile” altor maladii, de 8,3 ori mai des se depistează la adresare. Rezultatele obținute de noi sunt în concordanță cu datele literaturii care demonstrează, că dacă patologia specifică este depistată la adresare după ajutor medical în instituțiile medicale ea ca regulă, este diagnosticată tardiv.

Un număr mic de copii, care se aflau sub supravegherea ftiziopneumologilor sau a medicilor de familie până la depistarea tuberculozei  $40,1 \pm 5,5\%$  în I lot și  $19,1 \pm 8,8\%$  în al II lot ( $p < 0,05$ ), caracterizează activitate ineficientă în grupele de risc.

Datele obținute încă o dată confirmă despre densitatea înaltă a surselor de contaminare în populație și o parte din ele nu sunt depistate - la  $17,5 \pm 5,1\%$  vs  $14,4 \pm 5,3\%$  ( $p > 0,05$ ) impactul tuberculos n-a fost depistat. La  $78,9 \pm 6,2\%$  copii, care s-au adresat la instituțiile medicale cu simptome caracteristice tuberculozei sursa de infecție a fost depistată pe baza anchetei epidemiologice descendentă.  $45,5 \pm 6,7\%$  de copii din focarele de infecție depistați la examinarea primară concomitent cu sursa de infecție ne vorbește despre depistarea tardivă și insuficientă a focarelor de infecție tuberculoasă. Continuă să rămână cel mai mult predispuși riscului de infectare și îmbolnăvire copii din contactul familial, unde contactul este îndelungat și strâns: contact cu mama -  $28,3 \pm 6,1\%$  în I lot și  $23,6 \pm 6,4\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ) și contact cu tata -  $26,0 \pm 5,9\%$  în I lot și  $22,3 \pm 6,3\%$  în al II lot, ( $p > 0,05$ ).

Datele obținute de noi corespunde cu datele literaturii, unde în 78-85% cazuri la copii sursa de infec-

ție au survenit părinții sau rudele apropiate cu care contactul este strâns și de durată lungă.

După datele obținute am caracterizat statusul social a familiilor: în 52% cazuri copiii erau din familiile social-dezadaptate (familii incomplete, alcoolismul părinților, modul de viață asocial, părinții aflați în penitenciar). Conform analizei discriminante efectuată de noi pe locul 4 în ierarhizarea factorilor de risc efectuată de noi se plasează maladiile concomitente, care au fost stabilite la 64,5% copii.

Sunt insuficiente și măsurile de profilaxie: 2,0% de copii au rămas nevaccinați, dar la 18,2% vaccinarea este neeficăce. Din 275 copii care au stat la evidența dispanserică numai 29,8% au primit chimioprofilaxia regulat.

### Concluzii

- Predomină metoda activă de depistare a TB la copii – control profilactic în 75,4% cazuri și anume examinarea contactilor cu bolnavi TB (82,5%).
- Pentru ameliorarea controlului tuberculozei la copii este necesar de a identifica și a trata toate sursele de infecție tuberculoasă printre maturi.
- Pentru optimizarea depistării precoce a tuberculozei la copii este necesară sporirea vigilenței medicilor nespecialiști (pediatreei, medicilor de familie) în fiziologie față de această maladie, efectuarea unei analize mai profunde a datelor anamnestice, cunoașterea simptomatologiei tuberculozei, care poate fi mascată de bolile asociate, examinarea la timp a grupelor cu risc fizic sporit.

### Bibliografie selectivă

1. Iavorschi C., Bolotnicov V., Ambroci V., Iavorschi E., Cazacenco M., Boian A., Vizitiu B. Starea combaterii tuberculozei la copii în condițiile realizării strategiei noi de tratament și profilaxie. // Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice. – Chișinău, 2002. – p. 39-44.
2. Marais Ben J, Pai Madhukar. Recent advances in the diagnosis of childhood tuberculosis. *Archives of Disease in Childhood* 2007;92:446-452.
3. Starke JR. Diagnosis of tuberculosis in children. *Pediatr Infect Dis J* 2000; 19:1095-6.
4. World Health Organization. *Guidance for National Tuberculosis Programmes on the management of tuberculosis in children*. Geneva: World Health Organization, 2006.
5. Александрова Е.Н., Потапова Е.Н., Чхетия Н.М., Жигина Л.Ф. Раннее выявление туберкулеза у детей. // Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров. – Москва, 2003. – с. 147.
6. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные факторы риска развития туберкулеза у детей и подростков. // Пробл. туб. – 2005. - № 2. – с. 10-13.

7. Моисеева О. В. Влияние факторов риска на заболеваемость детей в очагах туберкулезной инфекции и разработка алгоритма противотуберкулезных мероприятий. Автореф. дис. док. мед. наук. Екатеринбург, 2007.

8. Русских Н.Ю. Факторы риска развития туберкулеза и особенности клинического течения заболевания у детей и подростков из социально-дезадаптированных семей. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва, 2009.

#### Rezumat

În total 788 de cazuri TB la copii au fost raportate în mun. Chișinău în perioada anilor 1994 - 2008. S-a constatat, că la 24,6% de copii TB a fost depistată prin adresare și la 75,4% prin control profilactic. Formele avansate a tuberculozei cu complicații mai frecvent au fost depistate prin adresare  $33,5 \pm 7,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Factor de risc major în dezvoltarea tuberculozei la copii este contactul cu bolnavi TB. Formarea grupelor de risc în tuberculoză și efectuarea măsurilor antituberculoase profilactice sunt condiții inerente pentru depistarea precoce a tuberculozei.

#### Summary

##### Detection of tuberculosis in children

A total of 788 childhood TB cases in Chisinau between 1994 and 2008 were reported. It is ascertained that TB was detected in 24,6% on their referral for medical aid and in 75,4% on prophylactic examinations. Advanced forms of tuberculosis with complications were more frequently detected by consulting the doctor  $33,5 \pm 7,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Major risk factor in the development of tuberculosis in children is contact with TB patients. To form a tuberculosis risk group and to make prophylactic antituberculosis measures are an inherent condition for early detection of tuberculosis.

### ПРИЧИНЫ ПРОДЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ ХИМИОТЕРАПИИ В РЕЖИМАХ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Г.А. Смаилова, Г.Л. Сагинтаева,

Ш.Ш. Шаймуратов

Национальный центр проблем туберкулеза  
МЗ РК, г. Алматы

Общеизвестно, что предложенная ВОЗ DOTS - стратегия, как основной и наиболее экономически эффективный комплекс мер по борьбе с туберкулезом, была внедрена повсеместно в Казахстане с 1999 года. В 2001 году Национальная противотуберкулезная программа предложила «адаптированную DOTS», которая предполагает продление

интенсивной фазы для больных туберкулезом. Однако, как показало время, несмотря на снижение заболеваемости и смертности, эпидемиологическая ситуация в Казахстане остается неблагоприятной. Неблагоприятными факторами являются высокий уровень множественной лекарственной устойчивости (21,3%), увеличение числа впервые выявленных больных с деструктивными формами (38,9%), увеличение общего числа заболевших туберкулезным менингитом (30 случаев) и милиарного туберкулеза (45 случаев), высокий показатель «неблагоприятного исхода» среди новых случаев с положительным мазком мокроты (9,7%), низкий показатель успеха лечения среди новых случаев с бактериовыделением (68,5%). В связи с этим актуальным остается своевременное выявление и лечение новых случаев, ранняя диагностика лекарственной резистентности для определения дальнейшей тактики ведения больного.

Целью нашего исследования было изучение причин продления интенсивной фазы при химиотерапии больных 1 категории.

В связи с этим, нами проанализирована 381 история болезни больных 1 категории, находившихся на стационарном лечении в ЛТО-3 НЦПТ МЗ РК в 2006-2007-2008 гг., из которых 283 (74,3%) больным интенсивная фаза была продлена до 3-4 месяцев. 3 месяца интенсивной фазы проведено 132 пациентам (46,6%), 4 месяца – 151 (53,4%). Из вошедших в разработку 283 больных мужчин было 154 (54,4%), женщин – 129 (45,6%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 137 (48,4%), 30-39 лет – 67 (23,7%), 40-49 лет – 35 (12,7%), 50 лет и более – 44 (15,2%). Инфильтративная форма туберкулеза легких диагностирована у 242 больных (85,5%), фиброзно-кавернозная – у 23 (8,1%), диссеминированная – у 11 (3,9%), казеозная пневмония – у 7 (2,5%). Двусторонний процесс наблюдался у 82 (28,9%) больных, односторонний – у 199 (71,1%), причем с поражением всего легкого – 95 (33,6%), с поражением доли легкого – 102 (36,0%), с поражением 1-2 сегментов – 2 (1,5%).

В результате проведенного исследования нами выявлено, что причинами продления интенсивной фазы было отсутствие конверсии мазка (25,2%), распространенный процесс в легких (99,2%), туберкулез легких с осложнениями (36,4%), запущенные случаи туберкулеза легких, такие как, казеозная пневмония, ФКТ, диссеминированный туберкулез легких (14,5%), сочетание туберкулеза легких с туберкулезом других органов и систем (16,9%), сопутствующие заболевания (50,9%), из которых наиболее часто встречался